



T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Manavgat Devlet Hastanesi



SAYI : 98177073 / 934.01

KONU: 3 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

23/09/2024

SAYIN.....

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazan mal/hizmet/yapım işi 4734 sayılı KİK'in 22/ d (Doğrudan Temin) yöntemi ile satın alınacaktır. Firmamız tarafından temini mümkün ise 27/09/2024 saat 12:00 'a kadar hastanemiz satınalma birimine teklif verilmesi hususunda; Gereğinin yapılmasını rica ederim.

**DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE ALIM ŞARTLARI**

- 1- Teklif edilen fiyat KDV HARIÇ TL olarak belirtilecektir.
- 2- Teklife esas malzemelerin kalite ve markası ile teslim müddeti açıkça belirtilecektir.
- 3- Taahhüt edilen süre içerisinde malzeme/hizmet/yapım işinin teslim edilmemesi halinde ilgili firmadan bir defaya mahsus olmak üzere 3 ay süre ile teklif alınmayacak, bu haline tekrür etmesi halinde 4734 sayılı K.I.K hükümleri uygulanacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı K.I.K 'in ilgili hükümleri uygulanacaktır.
- 5- Teslimatta, teklife davet mektubunda belirtilen kalite ve marka esas alınacak, benzer, muadili vb. ifadelerle teslim etmeye yetlenenlerin teslimleri kabul edilmeyecek ve bir dahaki ihale için teklife davet mektubu gönderilmeyecektir.
- 6- Bu mektupla birden fazla için teklife davet mektubu gönderilmiş ise her kalem için teklif fiyatı yazılacak, eksik teklifler değerlendirilmeyecek,
- 7- Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır
- 8- Malzeme/hizmet/yapım işi bedeli, muayene ve kabul işlemlerinden sonra 150 gün içerisinde Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Muhase Birimi tarafından yapılacaktır. Kurum hesaplarında nakit sıkışıklığı söz konusu olursa yıl içerisinde ödemesi yapılacaktır.
- 9- Doğrudan temin usulü alım yapılacak olan alımımız BİRİM BEDEL üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu yada olumsuz mutlaka 27/09/2024 tarihinde saat 12:00 a kadar m-satinalma@hotmail.com 'a mail atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine cevap verilecektir.
- 11- İlgili piyasa araştırmasına teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.

ALIM HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17
	AMBAR-AYNIYAT BİRİMİ
	DAHİLİ : 1367

Mehmet Faysal GÜNAŞAN  
İdari ve Mali İşler Müdürü

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	HEMŞİRE GÖZLEM FORMU	6.000	ADET				
2	HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANIMLAMA FORMU	6.000	ADET				
3	GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ	6.000	ADET				
GENEL TOPLAM							

NOT: Teklif edilen Yedek Parçalar / Bakım Onarım Hizmetleri için kabulünden itibaren en az 1 yıl Garanti verilecektir.

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ ..... GÜNDÜR

NOT: ..... SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

BU BELGE VE TEKNİK ŞARTNAME AŞAĞIDAKİ LİNKTE YER ALAN WEB SİTESİNDE GÖRÜLEBİLİR.

<https://ihaleportal.antalyasm.gov.tr/IFrames/ManavgatDH>

Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.

KAŞE - İMZA

İletişim:

ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA

TEL : 0 242 746 11 17 Dahili ( 1346 - 1506 )

FAX : 0 242 746 44 80

Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

HEMŞİRE GÖZLEM FORMU ŞARTNAMESİ

A4 BOYUTUNDA. SAMAN KAĞIDINA. TEK RENK . TEK TARAFLI SİYAH BASKI. ÖRNEĞİNE UYGUN.

**NOT:** SAĞLIK BAKANLIĞI LOGOSU İSTENEN FORMLARDA BAKANLIK GÜNCEL LOGOSUNUN UYGULANMASI, FORMLARIN BASIMDAN ÖNCE FİRMAYA GÖNDERİLEN ÖRNEKLERE UYGUN ŞEKİLDE HAZIRLANARAK, OLUŞTURULAN ŞABLONLAR [manavgatayniyat@gmail.com](mailto:manavgatayniyat@gmail.com) E-MAİL ADRESİNE GÖNDERİLEREK UYGUNLUK ALINMASI VE İLGİLİ ONAYDAN SONRA BASIMLARIN YAPILMASI GEREKMEKTEDİR.

Ece Celen  
E. Celen

Manavgat Devlet Hastanesi  
Veli Celil ŞİK  
7/8/2018



## HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU ŞARTNAMESİ

EVRAK AÇIK ŞEKİLDE EN 40,5 CM, BOY 28,5 CM (-/+ 1 cm), çift taraflı tek renk (siyah) baskı, kolayca ortadan ikiye kıvrılabilecek şekilde ayarlanmış olmalıdır, örneğine uygun, saman kağıda baskı

NOT: SAĞLIK BAKANLIĞI LOGOSU İSTENEN FORMLARDA BAKANLIK GÜNCEL LOGOSUNUN UYGULANMASI, FORMLARIN BASIMDAN ÖNCE FİRMAYA GÖNDERİLEN ÖRNEKLERE UYGUN ŞEKİLDE HAZIRLANARAK, OLUŞTURULAN ŞABLONLAR [manavgatayniyat@gmail.com](mailto:manavgatayniyat@gmail.com) E-MAİL ADRESİNE GÖNDERİLEREK UYGUNLUK ALINMASI VE İLGİLİ ONAYDAN SONRA BASIMLARIN YAPILMASI GEREKMEKTEDİR.

Manavgat Devlet Hastanesi  
Veli Çeltikçi  
T.C.Y.

F. Çeltikçi  
E. Ç.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

DOKÜMANIN KODU: HB.FR.84 YAYIN TARİHİ: 22.04.2022 REVİZYON TARİHİ: REVİZYON NO:00 SAYFA NO/ SAYISI: 1/4

ADI SOYADI:	
BÖLÜMÜ	
DOSYA NO	
ODA NO	
CİNSİYETİ	
TANI	
BOY/ KİLO	
ÖN TANI/ TANI/ TEŞHİS	
HASTA YAKINMASI	
EV KOŞULLARI	
MESLEĞİ	
EĞİTİM DURUMU	
ÇOCUK SAYISI	
HASTA YAKINI TEL NO	
HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Acil
GELDİĞİ YER	

### SİSTEM TANIMLAMASI

FİZİKSEL GERESİNİMLERİ KARŞILAMA DURUMU	<input type="checkbox"/> Bağımlı	DERİ	<input type="checkbox"/> Eritem	GİS	<input type="checkbox"/> Bulantı	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Öksürme	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Sakin
	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı		<input type="checkbox"/> Peteşi		<input type="checkbox"/> Kusma		<input type="checkbox"/> Siyanöz		<input type="checkbox"/> Depresif
BİLİNÇ DURUMU	<input type="checkbox"/> Açık	DERİ	<input type="checkbox"/> Scar	GİS	<input type="checkbox"/> Diyare	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Solunum	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Ağlıyor
	<input type="checkbox"/> Konfüze		<input type="checkbox"/> Ülserasyon		<input type="checkbox"/> Distansiyon		<input type="checkbox"/> Yüzeysel solunum		<input type="checkbox"/> Heyecanlı
HASTANEYE YATMA NEDENİ	<input type="checkbox"/> Kapalı	DERİ	<input type="checkbox"/> Ekimoz	GİS	<input type="checkbox"/> Konstüpasyon	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Dispne	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Anksiyöz
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Laberasyon		<input type="checkbox"/> İnkontinans		<input type="checkbox"/> Ortopne		<input type="checkbox"/> Huzursuz
DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?	<input type="checkbox"/> Tetkik	DERİ	<input type="checkbox"/> Döküntü	GİS	<input type="checkbox"/> Melena	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Balgam	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Kızgın
	<input type="checkbox"/> Tedavi		<input type="checkbox"/> Yanık		<input type="checkbox"/> Ağrı		<input type="checkbox"/> Hemoptizi		<input type="checkbox"/> Sık idrar
KULLANDIĞI PROTEZLER	<input type="checkbox"/> Diğer	DERİ	<input type="checkbox"/> Siyanotik	KONUŞMA	<input type="checkbox"/> Açık	GENİTO- ÜRİNER	<input type="checkbox"/> Düziri	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Hematüri
	<input type="checkbox"/> Diş		<input type="checkbox"/> Soğuk		<input type="checkbox"/> Anlaşılmaz		GENİTO- ÜRİNER		<input type="checkbox"/> Antüri
KRONİK HASTALIKLAR	<input type="checkbox"/> Gözlük	NÖROLOJİK	<input type="checkbox"/> Sıcak	KONUŞMA	<input type="checkbox"/> Konuşamama	GENİTO- ÜRİNER		<input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu	EMOSYONEL
	<input type="checkbox"/> Lens		<input type="checkbox"/> Soğun		KAS- İSKELET		GENİTO- ÜRİNER	GENİTO- ÜRİNER	
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	<input type="checkbox"/> Diğer	NÖROLOJİK	<input type="checkbox"/> Terli	KAS- İSKELET		GENİTO- ÜRİNER			GENİTO- ÜRİNER
	DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET	GENİTO- ÜRİNER	
DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET			GENİTO- ÜRİNER
	KULLANDIĞI PROTEZLER		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET	GENİTO- ÜRİNER	
KRONİK HASTALIKLAR		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET			GENİTO- ÜRİNER
	GEÇİRİLEN HASTALIKLAR		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET	GENİTO- ÜRİNER	
ALLERJİLER (Sigara, Alkol, İlaç)		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET			GENİTO- ÜRİNER
	SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET	GENİTO- ÜRİNER	
DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI		NÖROLOJİK		NÖROLOJİK		KAS- İSKELET			GENİTO- ÜRİNER

UYKU DÜZENİ	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü
KAN GURUBU	<input type="checkbox"/> Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar.....
DAHA ÖNCE KAN TRANSFÜZYONU	Yapıldı Yapılmadı
HBS	<input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif
HCV	<input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif
HASTAYI KABUL EDEN HEMŞİRENİN ADI SOYADI:	HASTA/HASTA YAKINI ADI SOYADI:
İMZASI	İMZA:
TARİH:	TARİH:



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

DOKÜMANIN KODU:  
HB.FR.84

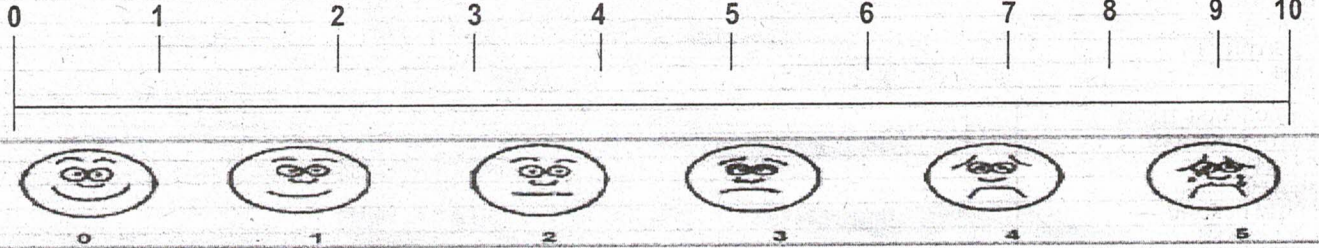
YAYIN TARİHİ:  
22.04.2022

REVİZYON TARİHİ:

REVİZYON NO:00

SAYFA NO/ SAYISI:  
2 / 4

### AĞRI TANILAMA



### HASTANIN MEVCUT VE OLASI SORUNLARI

<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kendi Kendine yetememe	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Depresif belirtiler	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kontrolör	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Oryantasyon bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İnfeksiyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Bilinç bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Koma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kanma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> İşitme Kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Görme Kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Travma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Beden imgesinde değişikliği	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Digital alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ameliyat	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kortizon alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tetkik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Antikoagilyasyon alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kemoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Eğitim gereksinimi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Radyoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Konuşamama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Hiperlimantasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Sıcaklık intoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Soğuk intoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Gaita inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Bası Yarası(dekübütüs)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut		<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut

### BASINÇ YARALARI RİSK TANILAMA

( Bu Bölümü Bası Yaraları Açısından Risk Altında Olduğu Düşündüğünüz Hastalara Uygulayınız)

DUYGUSAL ALGILAMA	<input type="checkbox"/> Tamamen sınırlı	1	MOBİLİZASYON	<input type="checkbox"/> Tamamen immobil	1
	<input type="checkbox"/> Çok sınırlı	2		<input type="checkbox"/> Çok sınırlı	2
	<input type="checkbox"/> Hafif sınırlı	3		<input type="checkbox"/> Biraz sınırlı	3
	<input type="checkbox"/> Normal	4		<input type="checkbox"/> Aktif	4
VUCÜT TEMİZLİĞİ	<input type="checkbox"/> Sürekli ıslak	1	BESLENME	<input type="checkbox"/> Kaşektik	1
	<input type="checkbox"/> Çok sık ıslak	2		<input type="checkbox"/> Kısmen yeterli	2
	<input type="checkbox"/> Ara-sıra ıslak	3		<input type="checkbox"/> Yeterli	3
	<input type="checkbox"/> Çok seyrek ıslak	4		<input type="checkbox"/> Çok iyi	4
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlı	1	SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	<input type="checkbox"/> Problem var	
	<input type="checkbox"/> Sandalyeye oturabilir	2		<input type="checkbox"/> Problem olabilir	
	<input type="checkbox"/> Ara-sıra yürür	3		<input type="checkbox"/> Problem yok	
	<input type="checkbox"/> Sık sık yürür	4		<input type="checkbox"/>	

\*TOTAL PUAN: Total puan 16'dan düşük ise; hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir.

Bu form, hastanın bölümüne kabul hemşire tarafından doldurularak hasta dosyasında saklanacaktır.

### BASI YARASI OLUŞMA RİSK GRUBUNDA İSE ALINACAK ÖNLEMLER

- |   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 saatte bir hasta pozisyonu değiştirildi.   | <input type="checkbox"/> Bası yarısı olup olmadığı yönünden cilt(kızarıklık vs) gözlemlendi. | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Çarşafların ve kıyafetlerin kırıksık, ıslak olmamasına dikkat edildi.  | <input type="checkbox"/> Yatağın baş seviyesi 30° veya daha düşük seviyede tutuldu.          | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Yatakların tekerlekli sandalyelerin oluşturduğu basıncı azaltmaya yardımcı(yastık, havah yatak, köpüklü pedler vb) kullanıldı. | <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Cilt nemi kontrol altına alındı  | <input type="checkbox"/> Diğer   | <input type="checkbox"/> Diğer |



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

DOKÜMANIN KODU:  
HB.FR.84

YAYIN TARİHİ:  
22.04.2022

REVİZYON TARİHİ:

REVİZYON NO:00

SAYFA NO/ SAYISI:  
3 / 4

### DÜŞME RİSKİ YÜKSEK İSE ALINACAK ÖNLEMLER

#### GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA

Hasta bilekliği takıldı.

.....

.....

Yatak Kenarlıkları yukarıda

Yatak başı düzeni sağlandı

0° sistemi  Açık  Kapalı

Yatak frenleri  Açık  Kapalı

Refakatçi gereksinimi  Yok  Var

Pencereler  Açık  Kapalı

Yatak yüksekliği en alt seviyeye indirildi.

Hemşire çağrı sistemi hastanın kolayca ulaşabileceği yerde konuldu

Yatak frenleri kilitlendi.

Hasta/ yakını düşme riski konusunda bilgi verildi.

hastanın yalnız kalmaması ve tek başına ayağa kalkmaması söylendi.

Kaygan zemine karşı önlemler alındı.

Diğer

Diğer

NOTLAR:

### İTAKİ II DÜŞME ÖLÇEĞİ TASLAK

Tarih					Yaşı:					
Hastanın adı soyadı					Yattığı bölüm					
Cinsiyeti					Risk Değerlendirme Tarihi					
Değerlendirme gerekçe ve numarası	1	2	3	4	5	Durum değişikliği				
Parametreler	Risk faktörleri				Puan	İlk değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe Numarası)			
YAŞ	60-69				1	1	1	1	1	1
	70-79				2	2	2	2	2	2
	80 ve üstü				3	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.				1	1	1	1	1	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)				2	2	2	2	2	2
DÜŞME İHİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.				3	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.				1	1	1	1	1	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır				2	2	2	2	2	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.				5	5	5	5	5	5
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.				10	10	10	10	10	10
	Baş dönmesi var.				2	2	2	2	2	2
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.				1	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)				2	2	2	2	2	2
	İleri derecede görme engeli var				10	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI	4'den fazla ilaç kullanımı var.				2	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.				2	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.				3	3	3	3	3	3
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, Foley kateter, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.				1	1	1	1	1	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.				2	2	2	2	2	2
Toplam										

#### RISK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

Düşük risk 0-9 puan

Yüksek risk 10 puan üzerinde

Değerlendirmeyi Yapan Hemşire  
Adı-Soyadı: İnza:

#### NOT:

- \* Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.
- \* İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yatışta bulunan hastalarda kullanılır.
- \* Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

DOKÜMANIN KODU:  
HB.FR.84

YAYIN TARİHİ:  
22.04.2022

REVİZYON TARİHİ:

REVİZYON NO:00

SAYFA NO/ SAYISI:  
4/4

### KISITLAMA İHTİYACI

İhtiyaç var mı?

Hayır  Evet

( Evet İse Kısıtlama Altındaki Hastalara Hasta Çalışan Güvenliği Talimatı Uygulanır.)

### İZOLASYON

İhtiyaç var mı?

Hayır  Evet

Varsa İzolasyon Şekli

Temas  Sıkı Temas  Damlacık  Solunum

Diğer (belirtiniz.).....

### KISITLAMA UYGULANACAK HASTA İZLEM FORMU

Kısıtlama Öncesi alınan önlemler		Hastanın Kontrolleri			
		Tarih			
		Saat	Kontrol	Aktivite	Ad- Soyad
<input type="checkbox"/>	Dikkatini başka yöne yönlendirme				
<input type="checkbox"/>	Hasta/hasta yakınlarını bilgilendirme				
<input type="checkbox"/>	Yanında refakatçi bulundurma				
<input type="checkbox"/>	Yatak kenarlıklarını kaldırma/ koruyucu önlem alma				
<input type="checkbox"/>	Hastayı hemşire deskine yakın bir odaya alma				
<input type="checkbox"/>	Sedatif ilaç uygulama				
<input type="checkbox"/>	Diğer				
Kısıtlama Nedenleri					
<input type="checkbox"/>	Katater çıkarma isteği				
<input type="checkbox"/>	Konfüze ve oryantasyonun bozuk olması				
<input type="checkbox"/>	Ajite ve agresif				
<input type="checkbox"/>	Ventilatörden ayrılma				
<input type="checkbox"/>	Diğer				
Kısıtlama Bölgesi					
<input type="checkbox"/>	Üst ekstremité				
<input type="checkbox"/>	Alt ekstremité				
<input type="checkbox"/>	Dört ekstremité				
<input type="checkbox"/>	Bel				
<input type="checkbox"/>	Dört ekstremité ve bel				
<input type="checkbox"/>	Diğer				
<input type="checkbox"/>	Kısıtlama direktifi alındı.				
<input type="checkbox"/>	Hasta ve yakınları bilgilendirildi.				
Kısıtlama başlama tarih:					
Saat:	İmza:				
Kısıtlama sonlandırma tarih:					
Saat:	İmza:				
Kontrol kodları	Aktivite Kodları				
1 Normal	1-Rom Egzersizleri				
2 Ciltte kızarıklık	2-Yiyecek ihtiyacı				
3 Ödem	3-Tuvalet ihtiyacı sorgulama				
4 Dolaşım problemi	4-Kısıtlamaya ara veme				
5 Solunum değişikliği	5-Masaj				
6 Diğer	6-Nemlendirici				
7 Diğer	7-Diğer				
Kısıtlama Kaldırma Kriterleri					
1	Sakin, kendine ve çevresine zarar vermiyor				
2	Uygulanan işlemlere uyum gösteriliyor				
3	Katateri çıkarma isteği yok				
4	Kısıtlamadan dolayı zarar oluştu				

### HASTA EŞYA/ İLAÇ TESLİM ALIMI

Teslim alınan ilaç adı	Adedi	Son kullanma tarihi	NOT: hastadan alınan tüm eşya/ ilaç taburcu olurken hastaya teslim edilir.
			NOTLAR:

## GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ ŞARTNAMESİ

A4 boyutunda, Tek taraflı renkli baskı, Sağlık Bakanlığı yeni logosu uygulanacak, Yandan koparmalı, Ömeğine uygun.

NOT: SAĞLIK BAKANLIĞI LOGOSU İSTENEN FORMLARDA BAKANLIK GÜNCEL LOGOSUNUN UYGULANMASI, FORMLARIN BASIMDAN ÖNCE FİRMAYA GÖNDERİLEN ÖRNEKLERE UYGUN ŞEKİLDE HAZIRLANARAK, OLUŞTURULAN ŞABLONLAR manavgatayniyat@gmail.com E-MAİL ADRESİNE GÖNDERİLEREK UYGUNLUK ALINMASI VE İLGİLİ ONAYDAN SONRA BASIMLARIN YAPILMASI GEREKMEKTEDİR.

Manavgat Devlet Hastanesi  
Veli Celil IŞIK  
TAK

Yasemin TIRKUN





DÖKÜMAN KODU: AH. FR.09

YAYIN TARİHİ: 04.01.2016

REVİZYON TARİHİ:

REVİZYON NO: 00

SAYFA NO/ SAYISI: 1/1

### I. Klinikten Ayrılmadan Önce

- Hastanın;
  - Kimlik Bilgileri
  - Ameliyattı
  - Ameliyat Bölgesi doğrulandı.
- Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?  
 Evet
- Hasta açtı mı?  
 Evet  Hayır.....
- Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı?  
 Evet  Hayır
- Gerekli değil.....  
Hastada makyaj/ oje, protez, değerli eşya var mı?  
 Evet  Hayır.....
- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?  
 Evet  Hayır.....
- Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?  
 Lavman  Mesane kateterizasyonu  
 Varis Çorabı  Özel tedavi protokollü  
 Diğer  Hayır
- Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme implant, kan ve kan ürünleri hazırlığı teyit edildi mi?  
 Evet  Hayır
- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?  
 Evet
- Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?  
 Evet  Hayır

Liste Sorumlusu:

Ad - Soyad, İmza

### II. Anestezi Verilmeden Önce

- Hastanın kendisinden Kimlik Bilgileri  
 Ameliyattı  
 Ameliyat Bölgesi  
 Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?
- Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?  
 Var  İşaretleme uygulanmaz
- Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?  
 Evet
- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?  
 Evet  Hastanın Risk Değerlendirmesi
- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?  
 Yok  Var
- Gerekli görümlenme cihazları var mı?  
 Yok  Var
- Hastada kan kaybı riski var mı?  
 Yok  Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:

Ad - Soyad, İmza

### III. Ameliyat kesisinden Önce

- Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?  
 Evet
- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?  
 Evet
- Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  
 Tahmini ameliyat süresi  
 Beklenen kan kaybı  
 Ameliyet sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar  
 Olası anestezi riskleri  
 Hastanın pozisyonu
- Kullanılacak malzemeler hazır mı?  
 Evet  Hayır
- Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?  
 Evet  Hayır
- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?  
 Evet  Hayır
- Antikoagülan kullanımı var mı?  
 Evet  Hayır
- Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?  
 Evet  Hayır
- Ameliyat sırasında profilaktik antibiyotik doz tekrarı gerekecek mi?  
 Evet  Hayır

Liste Sorumlusu:

Ad - Soyad, İmza

### IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce

- Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak  
 Hasta,  
 Yapılan ameliyat,  
 Ameliyat bölgesi teyit edildi.
- Alet, spanç/ kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?  
 Evet/ tam  
 Hayır  
 Sayım uygulanmaz
- Hastadan alınan numune etiketinde  
 Hastanın adı doğru yazılı  
 Numunenin alındığı bölge yazılı
- Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?  
 Anestezistin önerileri:  
 Cerrahin önerileri:
- Hastanın ameliyat sonrası güdeceği bölüm teyit edildi mi?  
 Evet

Liste Sorumlusu:

Ad - Soyad, İmza